



TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

La enfermería en el cuidado del recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal y en su prevención

Revisión narrativa

Andrea Serrano Ferreiro

Tutora: María Teresa Alcolea Cosín

Grado en Enfermería

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Madrid

Junio 2018

RESUMEN

-Introducción: El uso y abuso de las drogas es un problema sociosanitario con consecuencias como el síndrome de abstinencia neonatal, provocado por el consumo de tóxicos en el embarazo, que se manifiesta en el recién nacido tras su nacimiento al cesar la exposición a drogas.

-Objetivo: Revisar literatura sobre la atención enfermera en el cuidado de los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal, y en la prevención y cuidado de la madre.

-Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud Pubmed, Cuiden, Cinhal, Cochrane y otros documentos de organismos, desde el año 2013 hasta 2018.

-Resultados: En los 27 artículos seleccionados se ha recogido información acerca de la prevención durante el embarazo de mujeres consumidoras de drogas para poder atenderles, la identificación y la valoración de los recién nacidos que padecen un síndrome de abstinencia neonatal para poder iniciar intervenciones, el tratamiento farmacológico que se puede utilizar con ellos para el cese de la sintomatología, los cuidados de enfermería para estos niños, así como las terapias alternativas existentes y utilizadas para este tipo de pacientes.

-Conclusiones: La atención a mujeres embarazadas consumidoras de drogas y a sus hijos/as con síndrome de abstinencia neonatal implica a numerosos profesionales, cobrando gran importancia los cuidados que realizan los enfermeros en el área preventiva, en el diagnóstico y en el cuidado para lograr una mejora del estado de salud, y una disminución del tiempo de hospitalización y de la severidad de la patología.

Palabras clave: Síndrome de abstinencia neonatal, enfermería, cuidado, embarazo, droga, neonato, prevención.

ABSTRACT

-Introduction: The use and abuse of drugs is a socio-sanitary problem with consequences such as the neonatal abstinence syndrome, caused by the consumption of drugs during the pregnancy that has its manifestation in the newborn after his birth because of the cessation of the drug exposure.

-Objective: To review the literature on nursing care in the attention of newborns with a neonatal abstinence syndrome, and in the prevention and care of the mother.

-Methodology: A bibliographic review was made in different databases of Health Sciences such as Pubmed, Cuiden, Cinhal, Cochrane, and with documents from different organisms, from 2013 to 2018.

-Results: In the 27 selected articles, information has been collected about the prevention during the pregnancy of women who use drugs in order to assist them, the identification and assessment of newborns who suffer from a neonatal abstinence syndrome in order to initiate interventions with them, the pharmacological treatment that can be used with them for the cessation of the symptomatology, the nursing interventions for these children, as well as the alternative therapies that exist and are used with this patients.

-Conclusions: The care of pregnant women who use drugs and their children with a neonatal abstinence syndrome involves many professionals, being very important those made by the nurses in the prevention area, in the diagnosis and in the care to achieve an improvement in the health status, and a decrease in the length of stay in the hospital and in the severity of the pathology.

Key words: Neonatal abstinence syndrome, nursing care, pregnancy, drug utilization, infant/neonate, prevention and control.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	1
1.1 Drogadicción.....	1
1.2 El abuso de drogas durante el embarazo.....	2
1.3 Consecuencias del consumo de drogas en la madre y su hijo/a.....	3
1.4 Síndrome de abstinencia neonatal.....	5
1.4.1 Manifestaciones del síndrome de abstinencia neonatal.....	6
1.5 El papel de la enfermería en el cuidado de la mujer embarazada y del recién nacido..	7
1.6 Contextualización y fundamentación.....	9
1.7 Objetivos.....	12
2. Metodología.....	13
3. Resultados.....	16
3.1 Prevención y atención a mujeres consumidoras de drogas durante el embarazo.....	17
3.2 Identificación y valoración del síndrome de abstinencia en recién nacidos.....	20
3.3 Tratamiento farmacológico para el niño/a con síndrome de abstinencia neonatal.....	21
3.4 Cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal.....	23
3.4.1 El papel del vínculo madre-hijo/a en el síndrome de abstinencia neonatal...	26
3.5 Terapias alternativas para el síndrome de abstinencia neonatal.....	27
4. Limitaciones y conclusiones.....	28
4.1 Limitaciones.....	28
4.2 Conclusiones.....	29
5. Bibliografía.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

ANEXOS Y TABLAS.....	38
Anexo 1: Escala de valoración de Finnegan.....	38
Anexo 2: Escala WAT-1.....	38
Anexo 3: Escala SOS.....	39
Anexo 4: Búsqueda bibliográfica en Pubmed.....	40
Anexo 5: Búsqueda bibliográfica en Cuiden.....	42
Anexo 6: Búsqueda bibliográfica en Cinhal.....	43
Anexo 7: Búsqueda bibliográfica en Cochrane.....	44
Anexo 8: Artículos seleccionados.....	45

1. INTRODUCCIÓN

El abuso de drogas por parte de la población es un problema que puede provocar complicaciones a distintos niveles, como en el estado de salud o en el contexto laboral o social. Pero una de las consecuencias concretas que puede tener el consumo por parte de las mujeres que se encuentran embarazadas es que sus hijos/as nazcan con un síndrome de abstinencia neonatal. Para prevenir este problema y para cuidar al recién nacido los profesionales enfermeros de diferentes ámbitos como la atención primaria, servicios especiales o unidades de hospitalización pediátrica tienen una responsabilidad, y se encuentran en una posición privilegiada para realizarlo.

1.1 Drogadicción

La Asociación Española de Toxicología recoge tres acepciones acerca del significado de la palabra droga, y dos de ellas son: “cualquier sustancia que cuando es absorbida por organismos puede modificarles una o más de sus funciones; o término usado para designar medicamentos y sustancias de uso abusivo (drogas de abuso)”. Según esta Asociación, cuando se realiza un uso regular de una sustancia tóxica en busca de alivio, bienestar o estimulación, con un aumento de la necesidad de consumo se considera una drogadicción. ¹

Pueden dividirse en dos grandes grupos, como son las drogas legales o lícitas y las ilegales o ilícitas. Las primeras son aquellas que se pueden conseguir y adquirir por prescripción médica o sin ella, o bien está legitimada su comercialización, como pueden ser el tabaco, el alcohol, la cafeína o los fármacos prescritos. En cambio, las drogas ilícitas son las sustancias cuya comercialización o producción es ilegal, como son el cannabis, la cocaína, la heroína o el éxtasis. Las vías de entrada de las drogas en el organismo son muy diferentes, ya que dependiendo de cuál sea podrá ser ingerida por vía oral, inhalada, por vía intravenosa, fumada o aspirada. Según el efecto que producen en el Sistema Nervioso Central (SNC) de las personas se pueden clasificar en:

-Drogas estimulantes del SNC: son las que provocan una aceleración y activación del sistema nervioso que aumenta y altera la atención, la vigilia, la hiperactividad y la percepción de gran rendimiento, y la persona consumidora tendrá

sensación de excitación, desinhibición, euforia o irritabilidad. En este grupo se encontraría la cocaína, las anfetaminas, la nicotina o la cafeína, entre otros.

-Drogas depresoras del SNC: estas provocan un bloqueo y reducción de la actividad del sistema nervioso, lo que se traduce en una sensación de sedación, relajación, una alteración de la concentración, y percibirán estímulos con mayor dificultad. En este grupo se encontrarían el alcohol, los derivados del opio como la heroína o la metadona, o los barbitúricos.

-Drogas perturbadoras del SNC: como son los alucinógenos como el LSD, el cannabis y sus derivados, o las drogas de síntesis como el éxtasis. Estas distorsionan el SNC provocando alteraciones en el estado de ánimo, en el pensamiento, en la percepción, en la memoria o en la atención.^{2,3}

Estas drogas en ocasiones son consumidas por mujeres que se encuentran embarazadas, y su uso por parte de la madre puede desencadenar una situación de alto riesgo para la propia mujer pero también para el feto o el recién nacido.⁴

1.2 El abuso de drogas durante el embarazo

El hecho de que una mujer consumidora de drogas se encuentre embarazada, no significa que deje de serlo durante las 40 semanas que dura la gestación. Y aunque en algunos casos las mujeres sí cesan el consumo de tóxicos en el momento en el que saben que están embarazadas, ya que este estado implica en muchas ocasiones un sentimiento de protección provocados por cambios a nivel biológico y psicológico, no siempre ocurre así.⁴

Por ello, los embarazos de mujeres que consumen tóxicos deben considerarse de gran riesgo puesto que además suelen practicar policonsumo de sustancias, es decir, que consumen dos o más drogas diferentes en el mismo periodo de tiempo, lo que puede dificultar el diagnóstico y la identificación de las sustancias consumidas.⁴ Y también se debe a que una gran parte de ellas poseen un nivel socioeconómico bajo y la atención durante el embarazo en ocasiones es deficiente ya que pueden tener una vigilancia y un control prenatal y postnatal insuficiente. Por tanto, se han de poner en marcha medidas de protección llevadas a cabo por equipos multidisciplinares para poder conseguir la abstinencia, para tratar de evitar o disminuir el uso de las sustancias nocivas en el momento en el que se detecte este problema o incluso antes de quedarse embarazada,

para mejorar su calidad de vida y así proteger al recién nacido.⁵ Cabe señalar que el recién nacido es el niño que tiene menos de 28 días de vida, por lo que ya de por sí es un periodo que comporta grandes riesgos y que son esenciales para su correcto desarrollo el resto de su vida.⁶

Pero todo ello puede resultar una ardua tarea, ya que un gran número de mujeres con drogadicción no cuentan que son consumidoras de tóxicos, puesto que pueden sentir culpa o vergüenza, porque pueden tener un bajo nivel de autoestima, o porque existe una gran estigmatización de las personas que usan drogas que es aún mayor cuando las consumidoras son mujeres, y más concretamente, cuando son madres o se encuentran embarazadas.⁵

Se atribuye el consumo de drogas a varios factores, como son las situaciones sociales complicadas, las crisis socioeconómicas existentes, ya que en muchas ocasiones los empleos y sus condiciones son precarios, también pueden tener una sensación de frustración dentro de sus propias familias, experiencias pasadas negativas, enfermedades u otros problemas personales que provocan estados de depresión o tensión que la mujer trata de solucionar mediante el abuso de tóxicos.⁵ Con respecto al tabaco, se le atribuye el consumo por parte de las mujeres a un interés por aumentar su autoestima, al estrés y a la ansiedad, o al intento de mostrar mayor madurez y aceptación en la sociedad en la que viven, y uno de los factores que dificultan el abandono de esta sustancia es el temor al aumento de peso. Los motivos por los que las mujeres consumen alcohol son muy variados, como es el hecho de la accesibilidad y la normalización de su consumo, por su vinculación a un aumento del disfrute o como posible solución a problemas y conflictos que puedan presentar. El uso de fármacos tranquilizantes se suele asociar a una intención de disminuir el estrés, el nerviosismo, la tristeza, la ansiedad o los problemas del sueño. Y en cuanto a las drogas ilícitas, se ha observado que un gran número de mujeres consumen este tipo de sustancias porque sus parejas también lo hacen.⁷

1.3 Consecuencias del consumo de drogas en la madre y su hijo/a

Las consecuencias que el consumo de drogas tiene sobre las mujeres son muy diversas y afectan a diferentes esferas de su vida, produciendo una gran morbilidad. Puede provocar la aparición de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, accidentes

cerebrovasculares, cáncer, enfermedades de salud mental, enfermedades del sistema nervioso central, del sistema digestivo y favorece la transmisión de enfermedades infecciosas.⁴ A nivel de salud sexual y reproductiva, el uso de sustancias tóxicas también puede provocar problemas. Por ejemplo, el consumo de tabaco, alcohol, cannabis o cocaína por parte de la mujer puede provocar problemas de fertilidad, fracasos en técnicas de reproducción asistida, ciclos menstruales irregulares, adelanto de la edad de aparición de la menopausia, ausencia de ovulación o de la menstruación.⁷

Durante el embarazo, la mujer puede ponerlo en riesgo ya que el consumo de drogas puede provocar abortos espontáneos, partos prematuros, desprendimientos de placenta, hipertensión, malformaciones en el feto, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal, muerte fetal y trastornos del crecimiento.⁴ Cualquiera de los tóxicos existentes pueden ser consumidos en momentos concretos del embarazo o durante todo el periodo que dura, pero si se utilizan durante el primer trimestre de la gestación el feto será más vulnerable a sufrir alteraciones en su neurodesarrollo y en la organogénesis.⁸

Las repercusiones concretas en el embarazo del consumo de sustancias tóxicas son de gran gravedad, ya que por ejemplo, el tabaco puede producir complicaciones en el proceso, prematuridad del niño, embarazos ectópicos, bajo peso al nacer o aumento de la vulnerabilidad de que el hijo/a padezca enfermedades respiratorias, diabetes tipo II y obesidad.⁴ Las consecuencias que puede ocasionar la exposición prenatal a drogas no solo se quedan en sus primeras semanas de vida, ya que a largo plazo (incluso en la edad adulta) pueden provocar dificultades en la vida de la persona afectada. La nicotina concretamente puede provocar problemas de hiperactividad o mal comportamiento, y puede hacer a la persona más vulnerable para delinquir o consumir drogas.⁹ El alcohol puede provocar bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento, malformaciones, hiperactividad y alteraciones del lenguaje o de adaptación,⁴ y a largo plazo también puede ocasionar problemas de atención.⁹ El consumo de tranquilizantes puede provocar malformaciones, alteraciones a nivel respiratorio o en su desarrollo motor. El cannabis provoca bajo peso al nacer, alteraciones a nivel cognitivo en el niño, y trastornos de la atención,⁴ y a largo plazo también se puede producir un aumento de la impulsividad,⁹ la cocaína aumenta el riesgo de aborto, los niños pueden nacer con bajo peso, puede provocar lesiones a nivel cerebral, o incluso muerte intrauterina. La heroína también puede aumentar la probabilidad de que ocurran abortos espontáneos, que los bebés sean

prematurados, y que sufran muertes intrauterinas.⁴ Y de forma general y a largo plazo los opioides pueden ocasionar problemas de memoria y de percepción.⁹

1.4 Síndrome de abstinencia neonatal

De entre todas las consecuencias que presentan los hijos/as de madres que consumen sustancias tóxicas, una de ellas es el síndrome de abstinencia neonatal. Se define por un conjunto de manifestaciones clínicas desagradables y síntomas desarrollados por el recién nacido tras su nacimiento al ser privado de la droga que su madre ha estado consumiendo durante la gestación.¹⁰ Por lo tanto, este síndrome ha de ser considerado como una forma de maltrato prenatal ejercido por la mujer embarazada hacia su hijo o hija ya que está provocándole daños y lesiones.¹¹

Los signos y síntomas habitualmente aparecen a las 72 horas tras el nacimiento, pero pueden presentarse en el momento del parto e inmediatamente después, o incluso pueden manifestarse hasta dos semanas más tarde, y el cuadro suele tener una duración mínima de entre 8 o 16 semanas. El comienzo del síndrome y el tiempo que va a durar, así como su gravedad va a depender del tipo de sustancia consumida, de la dosis utilizada, del tiempo que ha estado consumiendo los tóxicos, de su uso concomitante con otros fármacos, del metabolismo de la persona, de la existencia de otras patologías, del estado nutricional de la madre y del momento en el que se ha consumido el tóxico por última vez, ya que cuanto más cercano al momento del nacimiento sea, más tarde comenzará el cuadro.¹⁰

El embarazo es el periodo durante el cual el feto se desarrolla en el interior del útero de su madre durante nueve meses, desde el momento en que el óvulo es fecundado hasta la salida del recién nacido en el parto.¹² Durante la gestación, el complejo órgano encargado de mantener la gestación y asegurar el crecimiento del feto formándose en el interior de la mujer es la placenta. Esta posee función endocrina y metabólica, permite que se produzcan intercambios entre la circulación materna y la fetal, asegura el intercambio gaseoso y la transferencia de los nutrientes y de las sustancias fundamentales que requiere el nonato para su correcto desarrollo a través de la barrera placentaria.¹³ Por tanto, cuando el feto se encuentra en el interior del útero materno, las sustancias consumidas por la mujer como las drogas lícitas o ilícitas pasan al torrente sanguíneo del nonato atravesando esta barrera placentaria, produciendo posteriormente

una adicción pasiva del neonato al cesar el consumo que tenía cuando se encontraba dentro de su madre y provocando repercusiones negativas por la afectación de su sistema nervioso.¹⁰ Esto se produce por la existencia de diferentes transportadores, enzimas y bombas de flujo en la placenta, que es lo que permite el paso de diferentes las diferentes sustancias que consume la mujer a través de esta barrera, y pueden provocar daños y lesiones al feto de forma directa o a nivel de la unidad fetoplacentaria.¹⁴

1.4.1 Manifestaciones del síndrome de abstinencia neonatal

Algunos de los síntomas que pueden desarrollar y mostrar los recién nacidos con este problema están relacionados principalmente con su sistema nervioso y gastrointestinal, como son irritabilidad, sudoración, dificultad para conciliar y mantener el sueño, temblores o hipertonía, febrícula, vómitos, diarreas o alteraciones en la deglución. Además, con gran probabilidad podrán manifestar taquipnea o alteraciones en la conducta.¹⁰

Los efectos específicos que producen las drogas consumidas por la mujer gestante en el recién nacido suelen ser similares, aunque existen variaciones dependiendo del tipo de sustancia utilizada. Concretamente, la ingesta de alcohol puede provocar en el recién nacido hiperactividad, hipertonía, hiperreflexia, temblores, diaforesis, convulsiones, problemas para conciliar y mantener el sueño, hiperfagia o problemas en la succión. Las mujeres embarazadas que fuman tabaco durante la gestación provocan que sus hijos/as padezcan irritabilidad, temblores o problemas del sueño por efecto de la nicotina.¹⁵ Los opioides pueden ocasionar irritabilidad, diarreas, llanto, temblores, deshidratación o convulsiones, entre otros. La cocaína puede provocar hipertonía, irritabilidad y alteraciones en la alimentación y en la succión, y el consumo de benzodiazepinas se manifiesta con síntomas como irritabilidad, hipertonía, temblores, síntomas gastrointestinales, hipertermia, convulsiones o alteraciones hemodinámicas.⁴

El hecho de que aparezcan estos signos va a permitir la identificación de los neonatos que requieren ayuda para superar este síndrome, y así se podrán llevar a cabo medidas para tratarlos de forma temprana llevadas a cabo por diferentes profesionales, como pueden ser los enfermeros/as.¹⁰

1.5 El papel de la enfermería en el cuidado de la mujer embarazada y del recién nacido

Según la Organización Mundial de la Salud: “la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud y la prevención de enfermedades”. Y según esta misma entidad, la salud materna se define como “la que comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto”. ⁶

Diferentes organismos ponen en marcha diferentes estrategias para tratar de fomentar una adecuada salud materna y del niño. Uno de ellos es la Organización de las Naciones Unidas, que en el año 2015 estableció la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, donde se detallan objetivos e intervenciones propuestos para asegurar y garantizar la salud de la mujer como son información acerca de la salud sexual y reproductiva, detección de factores de riesgo presentes antes del embarazo, atención prenatal pertinente y temprana, abandono de hábitos tóxicos, promoción y fomento de la lactancia materna o gestión y cuidados recién nacidos que nacen con alguna patología, entre otras. ¹⁶

En todos estos procesos adquieren un papel fundamental los profesionales sanitarios, especialmente los enfermeros/as, que trabajan a distintos niveles como son la atención primaria, los servicios especiales o en unidades de hospitalización. Es necesario destacar la gran importancia que van a tener los cuidados llevados a cabo por los enfermeros sobre los recién nacidos de forma general, ya que deben asegurar y promover la salud de los más pequeños, deben cuidarles y atenderles en los procesos de enfermedad o rehabilitación, llevar a cabo acciones destinadas a mejorar la salud física y psíquica, y asegurar el bienestar de los niños y sus familias en cualquier circunstancia. Y entre sus funciones específicas se encuentra atenderles cuando sufren un síndrome de abstinencia neonatal, como se desarrollará posteriormente. ¹⁷ Y cabe destacar la figura de la enfermera especialista en Enfermería Pediátrica, que según la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica: *“es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o*

*adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas”.*¹⁸

La atención enfermera también ha de asegurar y promocionar la salud materna en todas las circunstancias, ya que se debe trabajar en ello para lograr una disminución de la morbilidad materna además de la del recién nacido, y un aumento de la calidad de vida de ambos. Y para que esta salud materna se pueda mantener, debe existir una atención prenatal y postnatal adecuada y de calidad, incluyendo asistencia promoción y prevención de la salud de la mujer, y evaluación y tratamiento de cualquier alteración o complicación que pudiera surgir.¹⁹

Las enfermeras o matronas que supervisan este momento de la vida de la mujer se encargan de diferentes actividades como son establecer un control prenatal, detectar complicaciones, evitar riesgos, proporcionar apoyo social y emocional durante el embarazo, parto y puerperio, dirigir el parto, cuidar a la madre y al recién nacido, mantener una relación de confianza, establecer comunicación directa con la mujer y su pareja, educar acerca del proceso, promover la toma de decisiones y, de forma general, tratar de reducir la mortalidad y la morbilidad materna y fetal.^{20,21} También entre sus funciones se encuentran informar de forma objetiva y sin manifestar juicios de valor acerca de los riesgos y consecuencias negativas que tendrá su comportamiento y sus hábitos tanto en ella como en su futuro hijo o hija, detectar conductas de riesgo, valorar a la propia mujer y a su estado general mediante controles periódicos, informar sobre las repercusiones que pueden tener las sustancias en la práctica de la lactancia materna e instruir en hábitos saludables.²²

En muchas ocasiones las mujeres consumidoras de drogas se pueden sentir temerosas e intimidadas por el miedo a que les retiren la tutela de sus hijos/as y por el trato que puedan tener sus familiares e incluso los profesionales sanitarios hacia ellas, lo que puede dificultar la prestación de ayuda que necesitan y deben tener, y esto a su vez se traduce en dificultades para el personal de enfermería que debe garantizarles una atención sanitaria de calidad.⁴

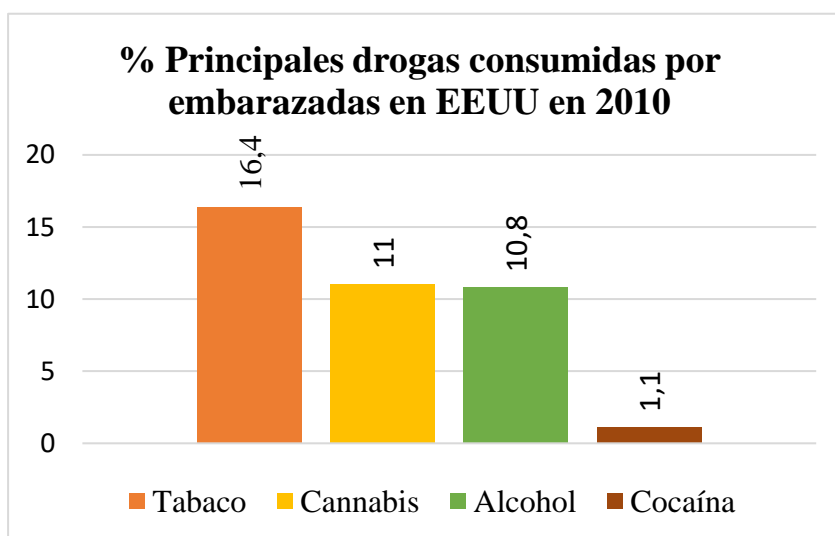
Por lo tanto, el mantenimiento de hábitos tóxicos durante el embarazo y el síndrome de abstinencia neonatal son problemas que se pueden prevenir y evitar, por lo que debe tratarse de conseguir objetivos como la reducción del consumo de sustancias tóxicas por parte de las gestantes o la identificación de las mismas para poder llevar a

cabo acciones, por lo que se va a tratar de disminuir los factores de riesgo mediante actividades preventivas hacia estas mujeres.¹⁷

1.6 Contextualización y fundamentación

Es relevante el estudio del síndrome de abstinencia neonatal y de los hábitos tóxicos durante el embarazo puesto que es un problema social y de salud pública mundial que causa una alta morbilidad materna y fetal, por lo que las consecuencias y secuelas que puede tener su consumo durante el embarazo en los recién nacidos pueden ser graves.²² También es de gran importancia conocer las formas de identificación y valoración del síndrome, y los signos de alarma que deben hacer sospechar de que el neonato ha sufrido una exposición intrauterina a drogas y por tanto, posee alteraciones que no forman parte de los primeros días de un bebé que ha nacido sano.¹⁷

Según el Informe Mundial sobre drogas del año 2016, cerca de 246 millones de personas en el mundo entre los 15 y 64 años consumieron al menos una droga en el año 2015. En 2010 se observó que en Estados Unidos cerca de un 4.4% de las mujeres embarazadas habían consumido drogas, y concretamente los datos de las más consumidas fueron:



Fuente: elaboración propia

Con respecto al síndrome de abstinencia neonatal en este mismo país, se produjo un aumento de los casos de un 1,2 a un 3,39 por cada 1000 nacimientos, y en el año 2013 aproximadamente un 4% de los niños que ingresaron en unidades de cuidados intensivos neonatales fue debido a esta patología.¹⁵

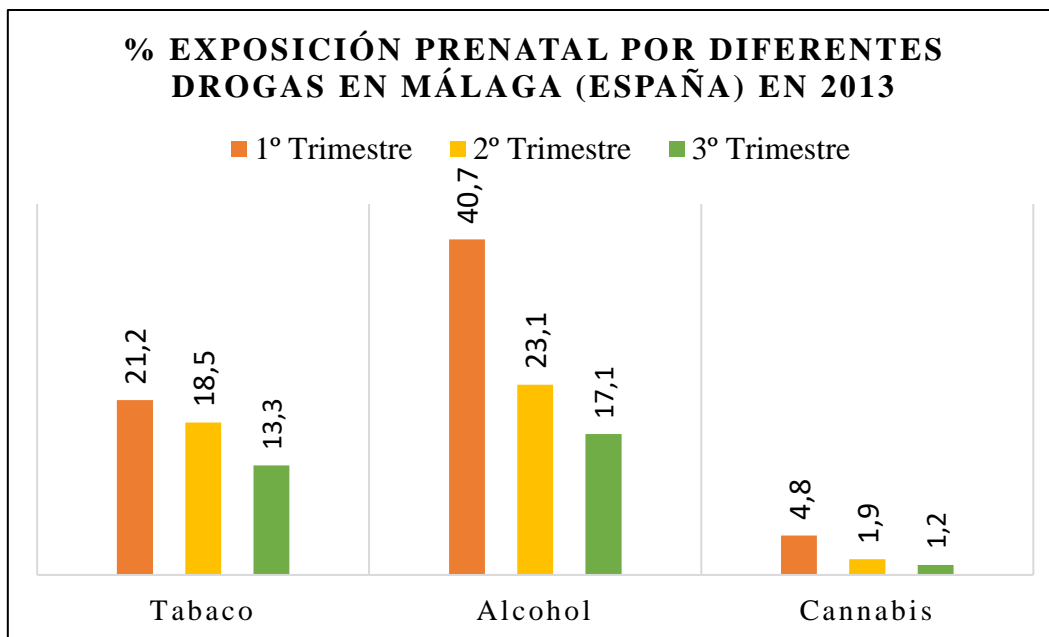
A nivel de la Unión Europea se ha observado, a través del Informe Europeo sobre drogas de 2017, que aproximadamente 93 millones de personas de entre los 15 y los 64 años han consumido drogas ilegales en algún momento de sus vidas, siendo el

cannabis la más consumida, seguido de la cocaína. Con respecto al alcohol y el tabaco, entre los años 1995 y 2015 se ha producido un descenso del consumo, aunque entre las mujeres ha aumentado.²³

En la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2015 y 2016 se pone de manifiesto la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas en España. Un 40,2% de la población española fumó tabaco en el año anterior, y concretamente un 36% de las mujeres de entre 15 y 65 años son consumidoras de tabaco. El 77,6% de la población general declaró que había consumido alcohol en los últimos 12 meses, un 72,1% de las mujeres había consumido alcohol en el año anterior, y un 10,7% de las mujeres tuvieron en 2016 un consumo de riesgo. El 9,5% de la población española había consumido cannabis el año anterior, y el dato entre las mujeres era de un 5,6%. El valor del consumo de cocaína por parte de la población general es del 1,9%, y un 1% de las mujeres la consumieron en el año anterior. Apenas ha existido variación en los últimos años en cuanto al uso del alcohol, del cannabis o de cocaína, pero si se ha observado un aumento del consumo de tabaco en mujeres de entre los 35 y los 64 años.

24

En cuanto a la prevalencia del consumo en gestantes españolas, con las drogas ilícitas se observó que aproximadamente un 3% de las mujeres embarazadas las consumen. Pero este dato puede ser incluso mayor, ya que tras un estudio realizado en un hospital de Barcelona en el que se estudió el meconio de los recién nacidos para saber cuántos de ellos habían estado expuestos a drogas ilegales, la prevalencia fue del 10,9%, y de forma concreta un 4,7% fue por heroína, un 2,6% fue por la cocaína y un 5,3% por cannabis. La exposición del nonato a las drogas es muy elevada especialmente en el primer trimestre del embarazo, pero siguen existiendo unos altos niveles al final del mismo. A partir de un estudio realizado en la ciudad de Málaga acerca de la exposición prenatal de los fetos a diferentes drogas, se puede extraer que el uso de sustancias en cada uno de los trimestres de la gestación fue:



Fuente: elaboración propia

Y según un estudio del grupo Eurocare se vio que aproximadamente un 25% de las mujeres embarazadas en España consume alcohol, y un 30% fuma, cifra que va en aumento progresivamente.⁸ A pesar de los datos disponibles, es probable que exista un infra registro de estas situaciones por el estigma y la falta de comunicación de estos hábitos.

Con respecto a la prevalencia del síndrome de abstinencia neonatal, los datos son muy escasos, aunque se sabe que entre los años 1982 y 2008 en España aumentó desde un 60% a un 68% los casos de síndrome de abstinencia neonatal por exposición a heroína, y de un 77% a un 85,7% por la metadona, cambios observados a partir de un estudio realizado sobre las mujeres que fueron atendidas en el Hospital del Mar de Barcelona.¹¹

1.7 Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es revisar la literatura sobre la atención enfermera en el cuidado de los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal, y en la prevención y cuidado de la madre.

Los objetivos específicos que se alcanzarán en este escrito son:

- Indicar actuaciones de atención y prevención de los hábitos tóxicos, dirigida a las mujeres embarazadas consumidoras de drogas.
- Describir la valoración del síndrome de abstinencia neonatal.
- Definir las posibilidades de tratamiento farmacológico para el recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal.
- Analizar los cuidados y terapias requeridas por el niño cuando desarrolla un síndrome de abstinencia a drogas de abuso.

1. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la búsqueda de la información disponible se ha realizado una revisión de la literatura existente acerca del síndrome de abstinencia neonatal y sus cuidados, y acerca de la prevención del mismo en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud como son Pubmed, Cuiden, Cinhal y Cochrane, y se han utilizado documentos y artículos pertenecientes a diferentes organismos de España. Se han utilizado los siguientes términos de lenguaje controlado (Mesh terms/términos Decs) en las bases de datos que lo incluyen:

TÉRMINOS EN LENGUAJE CONTROLADO (MESH/DECS)	
Pregnancy	Embarazo
Pregnant woman	Mujeres embarazadas
Neonatal abstinence syndrome	Síndrome de abstinencia neonatal
Prevention and control	Prevención y control
Preventive health care	Servicios preventivos de salud
Drug therapy	Tratamiento farmacológico
Substance abuse detection	Detección de abuso de sustancias
Symptom assessment	Evaluación de síntomas
Clinical assessment tolos	Evaluación en enfermería
Nursing care	Atención de enfermería
Nursing role	Rol de la enfermera
Rooming in care	Alojamiento conjunto
Kangaroo mother care method	Método madre canguro
Music therapy	Musicoterapia
Therapeutic touch	Tacto terapéutico
Breastfeeding	Lactancia materna
Acupuncture	Acupuntura

Se utilizaron además términos en lenguaje libre similares a los anteriores, como pueden ser *Finnegan scoring*, *nursing care*, *intervention*, *attachment behavior*, *infant/newborn*, *escalas de valoración o hábitos tóxicos*. Para las estrategias de búsqueda se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

Con respecto a los limitadores de las búsquedas se ha establecido:

- Que sea literatura de los últimos 5 años, aunque se ha incluido un artículo del año 2012.
- Que sean revisiones narrativas o artículos de revistas.
- Que estén escritos en español o en inglés.
- Para el síndrome de abstinencia y los cuidados a los recién nacidos llevados a cabo por el personal de enfermería se establece que la edad esté comprendida entre el nacimiento y los 23 meses, que el síndrome haya sido provocado por el consumo de sustancias tóxicas durante el periodo que dura el embarazo, y que las drogas consumidas sean tanto lícitas como ilícitas.
- Para la prevención de los hábitos tóxicos en gestantes se establecen que sean mujeres adultas embarazadas o que se encuentran en edad fértil.

De forma concreta, en Pubmed se han utilizado los siguientes filtros: con respecto al síndrome de abstinencia neonatal y sus cuidados, los seleccionados han sido: artículos de revistas y revisiones, disponibles a texto completo, de los últimos 5 años (2013-2018), en español y en inglés, y con edades entre el nacimiento y el primer mes, y desde el nacimiento hasta los 23 meses.

En cuanto a la búsqueda de información sobre la prevención del uso de drogas en mujeres embarazadas, se delimitó la búsqueda con los filtros anteriores, y se añadió el filtro sexo mujer, y para la edad se estableció el filtro adulto. Para la búsqueda realizada en la base de datos Cuiden y para la realizada en Cinhal se ha seleccionado un filtro, y es que los documentos deben ser de los últimos 5 años (desde el año 2013).

Como criterios de inclusión se han seleccionado:

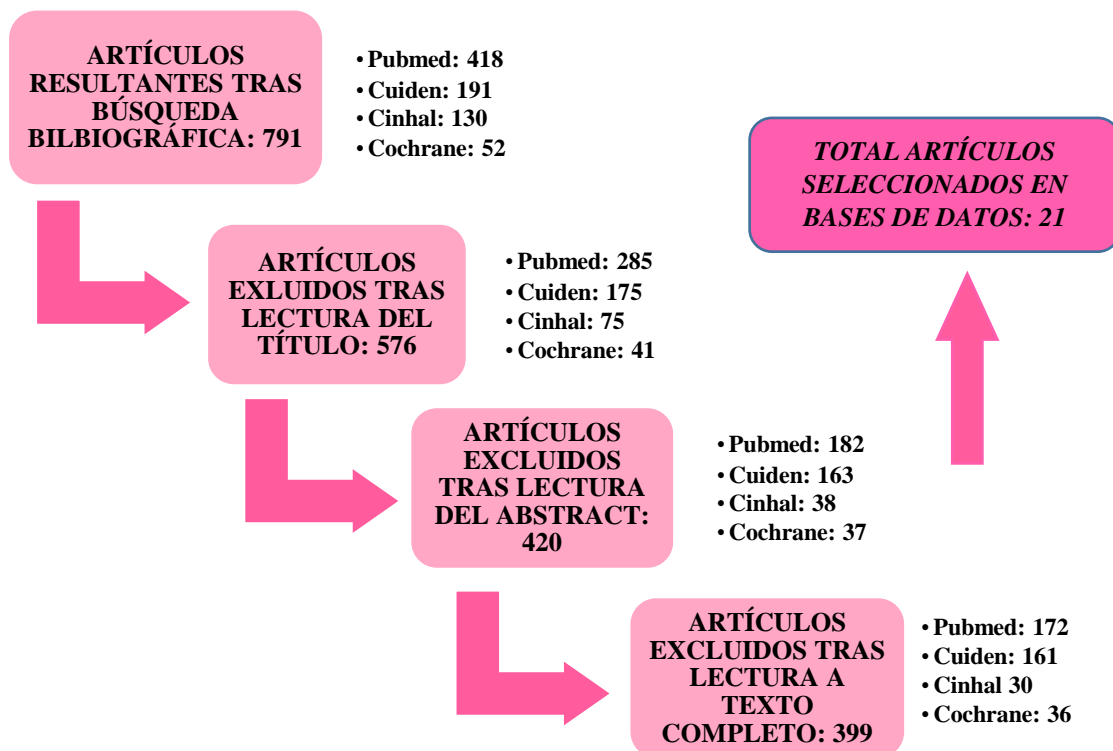
- Estudios que traten la prevención e intervenciones con mujeres embarazadas consumidoras de drogas.

- Estudios que refieran formas de identificación y valoración para el síndrome de abstinencia neonatal.
- Estudios enfocados a cuidados e intervenciones enfermeras para el manejo del síndrome de abstinencia neonatal.
- Estudios que muestren el tratamiento farmacológico utilizado con estos recién nacidos.
- Estudios que traten la importancia del papel de la enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal.
- Estudios que muestren evidencia sobre terapias que se pueden utilizar con estos niños.

Como criterios de exclusión se establecen:

- Estudios que traten el síndrome que haya sido provocado tras el parto del recién nacido debido a la ingesta de fármacos.
- Estudios en cuyo enfoque no se incluya a los profesionales enfermeros.

Los datos de la búsqueda bibliográfica son los siguientes:



Fuente: *elaboración propia*

Para realizar la selección de los artículos, se ha realizado en primer lugar una lectura de los títulos de los que han resultado según la estrategia de búsqueda, posteriormente se ha realizado la selección de los más adecuados y de ellos se han leído los resúmenes, permitiendo así elegir los artículos más pertinentes para el tema. Una vez leídos los artículos y documentos seleccionados por el “abstract”, se han leído a texto completo y se decidido cuáles de ellos son los idóneos para ser incluidos en los resultados (estrategias de búsqueda y artículos resultantes en anexos 4, 5, 6 y 7 de *Anexos y tablas*).

2. RESULTADOS

Tras la búsqueda de artículos en las Bases de datos se han obtenido un total de 21 (información acerca de los artículos en el Anexo 8 de *Anexos y tablas*), y han sido utilizados un total de 27 documentos ya que se han consultado dos pertenecientes al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, una ficha técnica de la Agencia Estatal de Medicamentos y Productos Sanitarios, un documento de un Congreso de Enfermería, y un protocolo de la Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos.

Sobre el idioma de los artículos, 9 de ellos, el 33,3%, están escritos en español, y los 18 restantes, el 66,6%, están escritos en inglés. Con respecto a la procedencia geográfica 9 de ellos, el 33,3%, provienen de España, 3 artículos, el 11,1%, son de Reino Unido, y el resto, 15 artículos (el 55,5%) proceden de Estados Unidos.

Con los estudios seleccionados, se ha integrado la información atendiendo a la prevención y atención de la mujer embarazada consumidora de drogas, a la identificación y la valoración de los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal, al tratamiento farmacológico utilizado en este cuadro, a los cuidados llevados a cabo con estos niños por los profesionales enfermeros y a las terapias alternativas empleadas, que se desarrollarán a continuación.

3.1 Prevención y atención a mujeres consumidoras de drogas en el embarazo

En España, según A.J. Molina Fernández *et al.*,²⁵ el acercamiento a la prevención y atención de las personas consumidoras de drogas se suele realizar a diferentes niveles. En el primero de ellos habitualmente están involucrados centros de Atención Primaria, de Acción Social o programas de reducción de daños para drogodependientes que intentan minimizar las consecuencias del consumo de drogas. En este primer nivel por tanto se va a tratar de identificar, captar y derivar a las personas que consumen drogas a servicios preparados para establecer tratamientos y atención a todas las necesidades de la persona consumidora y su familia, y comunicación y conexión activa con las personas drogodependientes que no buscan ayuda.

En el segundo nivel de la prevención y atención a drogodependientes se encontrarían centros de atención ambulatoria a drogodependientes, unidades para el tratamiento del alcoholismo, programas de deshabituación tabáquica en grupo, centros de día para drogodependientes o programas farmacológicos con sustitutivos. Todos ellos se encuentran enfocados al tratamiento principalmente, ya que intentan valorar a la persona, comenzar con desintoxicación y atención de la persona junto a su familia. También en este nivel se estudia la posible necesidad de la derivación a servicios del siguiente nivel, que son más especializados.²⁵

Y en un tercer nivel se encontrarían unidades de Desintoxicación Hospitalaria, centros de Patología Dual, comunidades terapéuticas para Drogodependientes, unidades de Deshabituación Tabáquica o programas libres de drogas. Conjunto de programas que persiguen la abstinencia del consumo de drogas. En este nivel la atención es más especializada y se proporciona un control y una atención exhaustiva a la persona y su proceso, requiriendo en ciertas ocasiones el internamiento en lugares habilitados.²⁵

De forma habitual, los programas de prevención y atención del consumo de drogas que se suelen establecer a través de planes a nivel autonómico, agrupaciones municipales o los ayuntamientos van encaminados hacia los jóvenes, y se basan en tratar de evitar que estos comiencen a consumir cualquier tipo de sustancia intentando retrasar la edad a la que se inician en su uso, reduciendo las probabilidades de que existan consecuencias que pongan en riesgo a la persona, evitando la adicción o la dependencia y estableciendo medidas y modificaciones en los entornos y sociedades.²⁵

De acuerdo con el Protocolo de atención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias y la Estrategia Nacional sobre adicciones, las estrategias y acciones encaminadas hacia una prevención del consumo de drogas serán diferentes dependiendo del grupo de población al que van dirigidas. Si son llevadas a cabo para todas las personas de forma general será una prevención universal, como podría ser la ejecutada a través de los medios de comunicación o en centros sanitarios de forma rutinaria. La prevención selectiva es aquella que se realiza a una parte de la sociedad que posee un mayor riesgo y susceptibilidad de consumir drogas. El personal de enfermería podrá trabajar con los grupos de riesgo como son las embarazadas o los jóvenes en los centros educativos, y se plantearán que las actividades estén dirigidas a detectar e identificar conductas y comportamientos de las personas que puedan estar relacionadas con el consumo de sustancias tóxicas, tratar de disminuir la existencia de factores de riesgo e informar acerca del uso y abuso de sustancias. Y por último existe la prevención encaminada a las personas que consumen drogas o que tienen problemas derivados de la utilización de las mismas, que es la prevención indicada, en la cual el personal de enfermería establecerá intervenciones con pretensión de que disminuyan su consumo, y que por tanto, se reduzcan las consecuencias que provoca. Podrá trabajar mediante proyectos de educación para la salud a través de intervenciones a nivel individual o en grupos.^{26, 27}

Según afirman AI Fernández Martínez *et al.*,²⁸ los profesionales enfermeros tienen la capacidad de educar a las personas en aspectos relacionados con la salud, y en el caso de las mujeres que se encuentran embarazadas, deben asegurar el mantenimiento adecuado de la gestación y el estado de salud de la mujer. Se deben establecer y llevar a cabo acciones preventivas para ayudar a dejarlo utilizando los recursos que sean posibles. El primer paso que se debería dar es proporcionar información adecuada a las embarazadas acerca de las consecuencias que puede tener el hecho de que la mujer continúe consumiendo drogas durante el tiempo que dura la gestación. También se debe poner a disposición de las familias ayudas y apoyo de otros profesionales como podrían ser psicólogos o trabajadores sociales.

Por tanto, estos profesionales enfermeros deberán tratar de detectar conductas de riesgo como el uso de hábitos tóxicos antes y durante el embarazo y tendrán que conocer sus pensamientos e inquietudes acerca de esa gestación.²⁶ A través de la atención primaria o especializada pueden identificar de forma temprana a los

consumidores de drogas, pueden comenzar a valorarles y a realizar un seguimiento, les pueden derivar a otros centros o unidades si lo necesitan, y en definitiva, les atienden de forma individualizada teniendo en cuenta su contexto social, familiar y laboral. Pueden llevar a cabo un Proceso de Atención de Enfermería a través del cual realizarán una valoración completa de la situación de la persona en todas sus esferas, establecerán diagnósticos acerca de los problemas detectados, planificarán las medidas que se van a llevar a cabo, realizarán las intervenciones pertinentes y evaluarán lo que se haya conseguido alcanzar.²⁸

En el caso concreto de la adicción al tabaco, existen intervenciones como la realización de programas de deshabituación tabáquica que pueden realizar de forma periódica, o incluso la administración de un tratamiento farmacológico como el tratamiento sustitutivo de nicotina para superar la adicción a la misma, aunque de esto último no se ha demostrado su seguridad para el feto, no obstante las consecuencias negativas son menores que lo que produce el tabaco.²⁸ De forma concreta, el bupropión, que es uno de los fármacos que se utilizan para este tratamiento, no ha de ser utilizado por mujeres embarazadas, aunque solo se podrá usar cuando el estado clínico de la gestante lo necesite o cuando no se puedan utilizar otros tratamientos.²⁹

Una intervención concreta que proponen C. Turnbull C y DA. Osborn,³⁰ y que también puede ser muy eficaz para poder mantener un seguimiento del embarazo y tratar de asegurar la salud materna es la realización de visitas en casa a las madres consumidoras de drogas que se encuentran embarazadas. Los profesionales que las pueden realizar, como los enfermeros/as o las matronas, podrán guiar a las mujeres de forma cercana hacia diferentes terapias y programas especializados en desintoxicación de sustancias, podrán realizar un seguimiento del embarazo y detectar posibles complicaciones, proporcionar consejos sobre alimentación, lactancia materna, y podrán ayudar a las madres a concienciarse de los peligros que tiene el consumo de drogas en su vida y en la de sus hijos/as. Una vez tenga al bebé, se podrá proporcionar información y cuidados a la mujer y a su hijo/a.

3.2 Identificación y valoración del síndrome de abstinencia en recién nacidos

El personal de enfermería debe prestar atención al estado del recién nacido y valorar la posible existencia de signos y síntomas que indiquen que algo le ocurre, como puede ser un síndrome de abstinencia, así como la duración e intensidad de los mismos.

³¹ P. Kocherlakota advierte que se deben realizar pruebas para diagnosticar la patología que presenta el neonato, ya que si tiene síntomas como hiperreflexia o convulsiones puede que no sea debido a la abstinencia, y se debería realizar un electroencefalograma para poder establecer un diagnóstico. Lo mismo ocurre si un recién nacido tiene aleteo o congestión nasal, o taquipnea, porque puede deberse a un síndrome de dificultad respiratoria; o si el recién nacido presenta hipertermia, ya que puede corresponder a una sepsis. ³²

En la primera fase del síndrome, se pueden identificar síntomas como irritabilidad, temblores, diarreas, vómitos frecuentes, hipertermia, problemas en la alimentación o incluso convulsiones. Estos pueden durar en torno a 1 o 2 semanas, y suelen ser de gran intensidad. La siguiente fase, la cual adquiere cronicidad y suele ser recidivante, se describe por hiperirritabilidad, hiperfagia, problemas del sueño y otros síntomas neurológicos característicos, que pueden estar presentes desde semanas a meses. ³²

Una vez que existe una sospecha al observar los signos en los neonatos, se han de realizar pruebas que confirmen el diagnóstico para poder establecer un tratamiento, como son análisis de la orina, el meconio o pelo del bebé, o cromatografía de líquidos con espectrometría de masas, y otros análisis llevados a cabo en laboratorio. ³²

Posteriormente, se debe cuantificar el síndrome de abstinencia neonatal de forma objetiva. Para ello existen diferentes herramientas como son la Escala de Finnegan (anexo 1 en *Anexos y tablas*), la Escala WAT-1 o Withdrawal Assessment Tool-1 Finnegan (anexo 2 en *Anexos y tablas*), o la SOS o Sophia Observation Symptoms Scale Finnegan (anexo 3 en *Anexos y tablas*). ³³ La más utilizada es la Escala de valoración de Finnegan. No se encuentra validada para niños mayores de los 2-3 meses de edad, pero gracias a ella se podrá detectar y establecer el comienzo del síndrome observando las respuestas del recién nacido. Para poder realizarlo se medirán y evaluarán las alteraciones del sistema nervioso central, gastrointestinales y metabólicas vasomotoras respiratorias que presenta el bebé. Consta de elementos que son diferentes síntomas que

puede experimentar el recién nacido, y la primera estimación se debe hacer a las 2 horas tras el nacimiento si el bebé tiene un alto riesgo. Tras esto, se valorarán los signos y síntomas cada 4 horas aproximadamente. Si el número obtenido es superior o igual a 8 en tres valoraciones que hayan sido consecutivas, ese recién nacido precisará de tratamiento. Esta escala es de gran utilidad ya que gracias a ella se puede observar y cuantificar el progreso que sufre el recién nacido, y permite evaluar las intervenciones y medidas terapéuticas que se llevan a cabo, por lo que se puede conocer si está siendo efectivo o no.^{34, 31}

Con respecto al resto de escalas existentes, la escala WAT-1 está validada, es utilizada también con niños mayores de los 2-3 meses de edad, y se necesita tiempo para realizar la evaluación. Se compone de 11 síntomas que se valorarán con un 0 o con un 1 dependiendo de si presenta o no ese síntoma, y tiene una puntuación máxima de hasta 12. A partir de 3 puntos se puede realizar el diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal. Los primeros 3 síntomas que se valoran son de las 12 horas anteriores, como es la presencia de diarrea, vómitos o fiebre superior a los 37,8°C, y los 5 síntomas siguientes se valoran cuando se realiza la observación y exploración del paciente durante un tiempo aproximado de 2 minutos. A continuación se realiza la estimulación del niño mediante el habla, el tacto o incluso mediante estímulos dolorosos. Finalmente se evalúa y puntúa el tiempo que tarda en tranquilizarse. La escala SOS, también validada, se compone de 15 síntomas y con una puntuación de 4 o más se diagnostica síndrome de abstinencia neonatal. Se realizará la evaluación cada 8 horas quedándose con el peor dato de las últimas 4 horas.³³

3.3 Tratamiento farmacológico para el niño con síndrome de abstinencia neonatal

El tratamiento farmacológico utilizado dependerá de los síntomas que presenta el recién nacido y de su gravedad e intensidad, y se mantendrá según vaya evolucionando su estado. Los fármacos que se usan de forma habitual en los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal (entre otros que ayudan a solucionar síntomas concretos) son administrados por profesionales enfermeros de unidades de pediatría, y los más utilizados son opioides, como son la morfina, la metadona y la buprenorfina, y en menor medida, el fenobarbital o la clonidina.^{31, 34, 35}

La morfina es muy eficaz para el síndrome de abstinencia neonatal por opiáceos, se administra por vía oral y posee una vida media corta. Dependiendo de la gravedad del síndrome de abstinencia y de sus síntomas, se administrará según el peso o no. Si se hace en relación al peso, se comenzará de forma habitual con una dosis de 0,4mg/kg/día cada 4 horas, y se incrementará un 20% al día para puntuaciones mayores de 24 en tres mediciones de la escala de valoración de Finnegan, o una puntuación de 12 o más en una sola medición. Cuando exista una mayor estabilidad clínica, se reducirá la dosis un 10% cada 24 o 48 horas. Se retirará cuando la dosis sea de 0,15mg/kg/día. Si las dosis se ajustan sin contar con el peso del niño, según la puntuación de los síntomas del síndrome se administrarán dosis entre los 0,04 hasta los 0,2mg cada 4 horas, que se podrán ir incrementando. Cuando exista estabilidad clínica se reducirá la dosis en 0,02mg cada 24 horas. Se recomienda que a partir de una dosis de morfina de 1,25 mg/kg/día o de 1,6mg/día se inicie tratamiento con otra medicación, y está recomendado una dosis inicial de fenobarbital 20mg/kg y continuar con 5mg/kg/día, o bien combinar la morfina con otro fármaco como es la clonidina.^{31, 34, 35}

La metadona es un fármaco muy utilizado cuya vida media es más larga que la de la morfina. Las dosis varían, pero se suele comenzar con 0,1mg/kg/día o con 0,2 mg/kg al día, dividido entre 2 y 6 dosis.^{31, 34, 35}

La buprenorfina es un opiáceo que se administra por vía sublingual, y se ha demostrado su efectividad en el síndrome de abstinencia por lo que es considerado como uno de los fármacos de elección para esta patología, además de que se ha demostrado que produce menor sedación que la metadona.^{31, 34, 35}

Otro tratamiento farmacológico es el fenobarbital, muy utilizado en síndrome de abstinencia neonatal provocado por drogas no narcóticas. Este último puede usarse en monoterapia, pero también de forma concomitante junto a otros opioides.^{31, 34, 35}

Otro fármaco que es una buena opción terapéutica para un tratamiento combinado es la clonidina, eficaz en el síndrome de abstinencia neonatal por narcóticos, aunque se debe vigilar y monitorizar al bebé ya que puede producir hipotensión, hipertensión o arritmias una vez se ha concluido con el tratamiento.^{31, 34, 35}

3.4 Cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal

Se debe proporcionar tratamiento basado en hospitalización, cuidados, fármacos y monitorización continua a los recién nacidos que tienen un síndrome de abstinencia para poder incrementar el bienestar del recién nacido y reducir los efectos negativos del síndrome,³¹ y esto se realizará en diferentes unidades hospitalarias dependiendo de la gravedad del síndrome, de la causa del mismo o de la edad del niño como pueden ser plantas de hospitalización pediátrica, unidades de obstetricia o unidades de Cuidados Intensivos.³⁶ Existen diferentes intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo por el personal de enfermería que resultan beneficiosas para los recién nacidos que presentan un síndrome de abstinencia. Para establecer un orden, se exponen los cuidados que son específicos para este síndrome de acuerdo a la Escala de valoración de Finnegan (Anexo 1 en *Anexos y tablas*), ya que en primer lugar se recoge la información perteneciente a la intranquilidad, el llanto, y la irritabilidad de estos niños, después lo relativo al descanso y al sueño, posteriormente los cuidados para los temblores, las alteraciones de la piel, los síntomas respiratorios, los síntomas gastrointestinales, y los problemas con la alimentación y la succión excesiva. Y finalmente en otro apartado se reflexionará acerca de la importancia de las relaciones y del vínculo entre la madre y su hijo/a.

Para tratar de calmar al bebé y reducir el llanto una de las intervenciones más utilizadas es la técnica “swaddling” o envolver al bebé, con sus extremidades flexionadas siempre que sea posible para asegurar la contención. Esto podrá ser realizado por los padres o por los profesionales sanitarios y que permitirá proporcionarle seguridad porque se intenta que se sienta como en interior del vientre materno. Además, ayudará a favorecer y prolongar el sueño de los recién nacidos. Ligado a esto, existen recomendaciones acerca de coger al bebé en brazos y acunarlo de forma calmada, y existen personas voluntarias que se ofrecen para realizar esta práctica si los padres del recién nacido no pueden realizarlo. En cuanto a la posición más idónea, se ha demostrado que cogerlos y mantenerlos en posición prona disminuye los síntomas del síndrome, pero debido al riesgo de Muerte súbita del lactante se ha de mantener en posición supina.^{31, 37}

Para conseguir la disminución de la irritabilidad y del posible estrés del ambiente se aconsejan ambientes tranquilos con la mínima estimulación. Esto se puede conseguir con una reducción del nivel de ruido y sonidos que existen mediante la colocación de los recién nacidos en zonas silenciosas, asegurando que las personas que

se encuentren en la unidad hablen en voz baja, manejando las incubadoras con delicadeza si se encuentran en ellas, disminuyendo la intensidad y el volumen de alarmas y otros aparatos, y respondiendo a las llamadas de las mismas lo más rápido posible. En definitiva, procurando que el nivel de ruido que exista sea bajo para que se produzca una reducción del estrés del recién nacido, una mejora de los patrones del sueño y una mayor estabilidad hemodinámica. ^{31, 37}

La irritabilidad del bebé también se ha de tratar mediante el manejo de la iluminación, logrando que exista la mayor cantidad de luz natural posible, y procurando la mínima existencia de luz artificial, cubriendo las incubadoras en momentos determinados si hacen uso de ellas, y en caso de necesitar luces directas para realizar algún tipo de intervención, que estas sean tenues e individualizadas. ^{31, 37}

Para los problemas sueño y del descanso del recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal relacionados con ellos, se recomienda tratar de relajarle y tranquilizarle cuando se le despierte para realizar una intervención realizarla de la forma más delicada posible, utilizar sonidos o música que le transmitan calma y asegurar que la alimentación sea a demanda para asegurar su descanso. ^{31,32,38}

Con respecto a los temblores que pueden padecer estos recién nacidos, se pueden controlar intentando contener el cuerpo del bebé, permitiendo que nos agarren las manos para sentir más estabilidad, y evitando las manipulaciones innecesarias o realizadas de forma incorrecta. ^{31,32,38}

Relacionado con las diarreas y la excoriación de la piel encontramos que como consecuencias de este problema y del contacto con el pañal, estos bebés pueden presentar alteraciones en su piel que deberán solucionarse y/o prevenirse con la aplicación de pomadas que ejerzan de barrera, además de la colocación de apósitos que protejan la zona, en caso de que sea preciso. ^{31, 36, 38}

Con respecto a los síntomas respiratorios como pueden ser síndrome de dificultad respiratoria aguda o congestión nasal se debe hacer lo posible para mantener la vía aérea limpia, que la ropa que lleve sea holgada, y proporcionar descansos en las tomas para asegurar una adecuada mecánica respiratoria. ^{31, 36, 38}

Otra acción que se utiliza para ayudar a estos bebés si presentan una succión excesiva, así como para calmarles es la succión no nutritiva, ya que se promueve un aumento del reflejo de búsqueda del bebé, lo que le ayuda a tranquilizarse. También

será de gran utilidad si se les va a realizar una intervención que pueda causarles dolor.
31, 37

En relación a los síntomas gastrointestinales y las alteraciones con la alimentación que sufren se puede llevar a cabo la ingesta de tomas de alimento que sean reducidas pero más frecuentes, y se debe tratar de garantizar un entorno favorable y tranquilo mientras el recién nacido está siendo alimentado. También será apropiado eliminar de forma correcta y completa los gases y se debe evitar su movilización tras la toma del alimento, con lo que también evitaremos los vómitos. Estos problemas además pueden desembocar en una complicación común como es la pérdida de peso o la dificultad para ganarlo, por lo que las intervenciones que se pueden llevar a cabo en este caso son suplementar con fórmulas de alimentación con alto contenido calórico.^{31, 36, 37}

También, se han demostrado los beneficios que supone la lactancia materna para todos los niños que nacen, y esto queda patente en las recomendaciones que promueve a nivel mundial la OMS, que son una lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad y junto con alimentación complementaria hasta los 2 años.¹⁶ Por ello, según afirman M. Nelson, y UA. Pritham,^{38, 39} la eficacia de esta práctica será aún más positiva en niños que padecen un síndrome de abstinencia, ya que va a nutrirles, a favorecer el apego con sus madres, a disminuir la severidad de la patología, a reducir la sintomatología, a provocar una disminución de la necesidad de la administración de fármacos para controlarlo, y a que la estancia en el hospital sea más corta. Todo ello se evidencia en mayor medida en los niños/as que son alimentados con lactancia materna en comparación con los que se alimentan de leche de fórmula. Por ello, los enfermeros deben llevar a cabo acciones como evaluar el consumo de sustancias de la mujer para asegurar que la lactancia no va a provocar riesgos para el recién nacido, y educar y apoyar a las madres para que amamenten a sus hijos/as, ya que existe un gran riesgo de que no deseen hacerlo,³⁶ de que lo dejen de manera temprana o de que no sepan cómo hacerlo. Según analizan M. Balain y K. Johnson⁴⁰ esto puede estar provocado por factores como la falta de información acerca de la lactancia materna a las mujeres por parte de los profesionales, por la dificultad con la alimentación de estos bebés, o por la estigmatización. En cuanto a la seguridad de la lactancia materna los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal, los autores anteriormente nombrados afirman que aunque las mujeres se encuentren en tratamiento con metadona, la cantidad excretada a través de la leche es mínima, por lo que podría amamantar a su hijo/a, pero no podrá

hacerlo si está diagnosticada de VIH o si está consumiendo drogas ilícitas o alcohol. En definitiva, la mujer va a tener que tener una vigilancia durante el tiempo que su hijo/a esté lactando para asegurar que es seguro.^{39,41}

Siendo beneficioso para diferentes problemas de estos recién nacidos, la técnica del “piel con piel”, realizada de forma temprana, prolongada y continua, es otra las intervenciones que la enfermería puede promover, ya que es positivo para fortalecer el vínculo madre e hijo/a, reducir el tiempo de hospitalización, mejorar el sueño y el descanso, controlar el dolor, disminuir el llanto, aumentar la satisfacción de los padres, y además estimula la producción de leche de la madre, favorece la lactancia y ayuda al recién nacido a ganar peso.⁴¹ Se pueden obtener buenos resultados al realizar esta intervención con los recién nacidos con síndrome de abstinencia, ya que va a producir una disminución del tiempo de hospitalización y de la severidad de los síntomas.⁴²

Una parte muy importante del cuidado de estos recién nacidos es permitir la permanencia de la madre con su hijo/a las 24 horas tras el parto y durante el ingreso del mismo, ya que se ha demostrado que reduce el tiempo de estancia en el hospital y la necesidad de tratamiento farmacológico.⁴³ El personal de enfermería debe tratar de evitar la separación del bebé con síndrome de abstinencia neonatal de su madre, ya que también va a servir para fortalecer su relación y va a permitir que comiencen a establecer un vínculo madre-hijo/a, lo cual será muy beneficioso para la mujer y para el recién nacido.⁴⁴

3.4.1 El papel del vínculo madre-hijo/a en el síndrome de abstinencia neonatal

Autores como A. Knopof y M. Nelson^{37, 38, 42} han tratado la importancia del mantenimiento del vínculo madre-hijo/a en esta patología. Toda la asistencia y los cuidados realizados por los profesionales sanitarios son esenciales para que el niño supere el síndrome de abstinencia neonatal, pero uno de los aspectos necesarios para que esto suceda es el fortalecimiento del vínculo madre-hijo/a.

Los profesionales enfermeros, especialmente los que se encuentran en unidades de hospitalización pediátrica y en unidades de cuidados intensivos, poseen una importante función en este ámbito ya que van a estar presentes las 24 horas del día durante el tiempo que se encuentre el niño ingresado en el hospital y podrán fomentar el

mantenimiento de la unión y permanencia de este binomio, además de la integración de la madre en todos los aspectos que tenga que ver con su hijo/a.^{37, 38, 42}

La unión entre la madre y su hijo/a se puede conseguir a través de diferentes acciones concretas, como son facilitando y promoviendo la lactancia materna eficaz, permitiendo que la madre esté cerca del recién nacido todo el tiempo que sea posible e integrándola en el cuidado, dejando que mantengan en brazos a sus hijos/as o promoviendo el piel con piel. También se debe explicar y educar a la mujer en lo que necesite, y se le tiene que intentar ofrecer posibilidades, como puede ser que si no va a poder estar para dar una toma de lactancia, se puede extraer leche y dárselo con un biberón.^{37, 38, 42}

3.5 Terapias alternativas para el síndrome de abstinencia neonatal

Además de los cuidados que realizan los enfermeros existen otros tipos de terapias que complementan a los tratamientos e intervenciones que se les proporciona a los bebés con este problema, y son llevados a cabo por diferentes profesionales especializados que pretenden mejorar los síntomas de los recién nacidos con Síndrome de Abstinencia Neonatal y aumentar su bienestar. Algunas de las utilizadas son la acupuntura, el masaje, la musicoterapia o la técnica “Reiki”.

De acuerdo con W. Raith, *et al*,⁴⁵ la acupuntura es una técnica que consiste en estimular diferentes puntos del cuerpo para aliviar síntomas de una forma segura, y en los recién nacidos se suele utilizar con láser en diferentes zonas. Aunque los estudios son escasos, se ha comprobado que la realización de esta técnica junto al resto de cuidados y tratamientos ayuda a reducir el tiempo de estancia hospitalaria, la necesidad de fármacos, provoca un aumento de la tranquilidad y por tanto del descanso, y se alimentan mejor. Además, ayuda a reducir los costes económicos hospitalarios.

El masaje es otra intervención no farmacológica para estos bebés que puede ser realizada por diferentes personas como fisioterapeutas, enfermeros entrenados en esta técnica, o incluso los padres del niño, que pueden aprender y realizarla ellos mismos. Según J. Hahn, *et al*,⁴⁶ es beneficiosa no solo para el recién nacido, ya que mejora su confort, el sueño, la alimentación y aumenta la relajación, si no para sus padres, ya que favorece el establecimiento del vínculo afectivo entre ellos y su hijo/a, además de que

permite establecer este contacto en un ambiente de tranquilidad, y se sienten integrados en su cuidado y bienestar.

La musicoterapia es otra terapia que se puede utilizar de forma complementaria y resulta beneficiosa para los niños que se encuentran hospitalizados. Consiste en utilizar diferentes tipos de música y sonidos de ambiente para mejorar la situación clínica del paciente. Autores como KA Allen y CJ Hollins Martin ^{47, 48} aseguran que ayuda a mantener un estado mental relajado, reduce el estrés, provoca una mejora a nivel hemodinámico, disminuye la agitación, la irritabilidad y el llanto, asegura un mayor control del dolor, mejora el descanso del neonato, ayuda al aumento de peso, están más relajados, y además es efectiva, disminuye el tiempo de hospitalización, es fácil de realizar y de bajo coste. De forma concreta para el síndrome de abstinencia neonatal existen escasos estudios acerca de esta terapia, pero E. Gil Beneytez ⁴⁹ observó que puede mejorar los síntomas, su bienestar y calidad de vida, y puede disminuir el tiempo de ingreso hospitalario.

Otra terapia alternativa que se utiliza es la técnica “Reiki”, que consiste en colocar las manos sobre la persona para trabajar con su energía y equilibrar las alteraciones. Existen diversas opiniones acerca de su efectividad, aunque sí se ha observado un aumento de la relajación en los niños. ⁵⁰

3. LIMITACIONES Y CONCLUSIONES

4.1 Limitaciones

Acerca de las limitaciones de los estudios sería muy recomendable que existieran más estudios sobre el consumo de sustancias por parte de las mujeres embarazadas, y también sobre los niños que padecen un síndrome de abstinencia neonatal, puesto que los existentes son escasos y permitirían conocer la realidad de las situaciones y poder implantar medidas e tratamientos adecuados. También deberían realizarse más estudios sobre la prevención del consumo de drogas en embarazadas por parte de los profesionales enfermeros y de otros profesionales en general, y sobre la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para ayudar a mejorar el estado de los recién nacidos con este problema, como por ejemplo la eficacia del piel con piel, o el impacto de la musicoterapia, de lo cual apenas existe información accesible.

Con respecto a las limitaciones del presente trabajo, la limitación de la búsqueda de artículos a los 5 últimos años ha podido excluir información relevante de años anteriores al 2013. Además, el hecho de haber realizado un trabajo con una metodología de estas características por primera vez ha supuesto dificultades y la búsqueda bibliográfica ha podido tener algún error o inexactitudes.

4.2 Conclusiones

El síndrome de abstinencia neonatal es evitable y tratable. Es un problema de salud que provoca alteraciones en el recién nacido que pueden ser de gran gravedad. Por tanto, necesita unos cuidados y un tratamiento que implica e incluye a diferentes personas, como son el equipo de profesionales sanitarios que atienden y asisten al niño, pero también a los padres. Estos tienen mucha importancia por dos motivos: porque son promotores de cuidado de su hijo/a, pero también son receptores, porque requieren y obtienen cuidados y asistencia. Por esto, se debe realizar una valoración de la situación y de los progenitores, y evaluar las necesidades que tienen, especialmente en el ámbito psicológico y en el vínculo con su hijo/a.

De entre los profesionales que atienden al recién nacido, el papel del personal de enfermería es incuestionable, y se ha demostrado que los cuidados que realizan y promueven son una parte indispensable y fundamental para la correcta recuperación del niño, porque le ayudan atendiendo a cada uno de sus síntomas y esferas de manera individualizada, y de forma que se integran en su propio desarrollo incorporándolos al proceso que tiene sin alterarlo. Y gracias a los cuidados enfermeros, el tiempo de hospitalización que van a tener estos bebés va a ser menor y se va a reducir la necesidad de tratamiento farmacológico, lo que también se traducirá en una disminución del gasto sanitario.

Una parte esencial en el síndrome de abstinencia neonatal es la prevención, porque es el primer paso en el cual puede trabajar la enfermería para impedir la aparición de esta patología. Esto se debería intentar conseguir mediante la concienciación y la información, destinado a mujeres que se encuentran en edad fértil o que tienen planes de quedarse embarazada, además de proporcionar apoyo y control adecuado durante todo el tiempo que dura el embarazo, el postparto y el periodo de lactancia.

Otro aspecto que se debería instaurar de forma general en la actividad de la los enfermeros/as y del resto de los profesionales sanitarios es la facilitación para fomentar y mantener el vínculo madre-hijo/a, ya que especialmente en estos niños y sus madres es esencial trabajar la unión entre la progenitora y su hijo/a para la correcta recuperación del bebé pero también, para conseguir que la mujer se sienta capacitada y segura en el nuevo papel que va a tomar.

También deberían establecerse servicios especializados en atender las necesidades de las mujeres embarazadas o que deseen ser madres que consumen drogas, al igual que programas de prevención y asistencia, ya que la atención o intervenciones que pueden necesitar deben ser individualizadas, y la forma de trabajar con estas gestantes puede ser específica porque influyen factores diferentes.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Toxicología. Glosario toxicológico [monografía de Internet]. España: AETOX [citado 12 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.aetox.es/glosario-toxicologico/glosater-d-e/>
2. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [monografía en Internet]. España: Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 2 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
3. Ayuntamiento de A Coruña. Coruña sin drogas: tipos de drogas [sede Web]. España: Ayuntamiento de A Coruña (Concello de Coruña) [citado 2 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.coruna.gal/corunasindrogas/es/sustancias/tipos-de-drogas?argIdioma=es>
4. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. Revisión. Montevideo: PNUD. [Revista en Internet] 2015 [citado 23 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>.
5. Civira, M., Paredes, F., Hernández, A., Consumo de drogas en mujeres embarazadas: una aproximación a su comprensión y abordaje. Revista del Ministerio público, revista científica arbitrada [revista en Internet]. 2015 [citado 23 de enero de 2018]. V etapa, N° 17. Recuperado a partir de: http://escueladefiscales.mp.gob.ve/userfiles/file/revistas/REVISTA_17.pdf#page=69
6. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud [sede Web]. España: Organización Mundial de la Salud. [citado 2 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/topics/es/>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Género y drogas, guía informativa. [monografía en Internet]. España: Diputación de Alicante. [citado 15 de enero de 2018]. Recuperado a partir de:

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

8. Blasco-Alonso, M., González Mesa, E., Gálvez Montes, M., Lozano Bravo, I., Merino Galdón, F., Cuenca Campos, F, et al. Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). Adicciones [Revista en Internet]. 2014 [citado 23 de enero de 2018]. 27 (2), 99-108. Recuperado a partir de: <https://pdfs.semanticscholar.org/fb88/51d07f972d42267de960ebfa5786b68a2f10.pdf>
9. Marylou Behnke, VC. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics [Revista en Internet]. 2013 [citado 23 de enero de 2018]. 131 (3) 1009-1024. Recuperado a partir de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009.long>
10. Porcel Gálvez, AM., Ortega Martínez, SM., Barrientos-Trigo, S., Ferreira, R., Martínez Lara, C. Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años. Enfermería Global [Revista en Internet]. 2014 [citado 16 de enero de 2018]. 13, 337-351. Recuperado a partir de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/revision4.pdf>
11. Garcia Garcia, J., Campistol Mas, E., López-Vilchez, MA., Morcillo Buscato, MJ., Mur Sierra, A. Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. Anales de pediatría [Revista en Internet]. 2017 [citado 16 de enero de 2018] 88 (3), 150-159. Recuperado a partir de: https://ac.els-cdn.com/S2341287918300073/1-s2.0-S2341287918300073-main.pdf?_tid=spdf-9d0d5ccc-458a-48ea-999b-1305353225b8&acdnat=1519753945_12b9d84f6775b32311b7385c09b0153c
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica en la atención al embarazo y puerperio [Monografía en Internet]. España: Guías de práctica clínica en el SNS [citado 16 de enero de 2018] Recuperado a partir de: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
13. Rodríguez Cortés, YM., Mendieta Zerón, H. La placenta como órgano endocrino compartido y su acción en el embarazo normoevolutivo. Revista de Medicina e Investigación [Revista en Internet]. 2014 [citado 2 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49621>

14. Zapata Díaz, JP., Rendón Fonnegra, J., Berrouet Mejia, MC. Síndrome de abstinencia neonatal. Revista pediatría [Revista en Internet]. 2017 [citado 16 de enero de 2018]. 50 (2). Recuperado a partir de: <http://revistapediatria.emnuvens.com.br/rp/article/view/60>
15. Cárda García, RM., Cárda García, I. Efectos del hábito tabáquico en el ciclo reproductivo de la mujer y en el neonato. Metas de enfermería [Revista en Internet]. 2016 [citado 16 de enero de 2018]. 19 (4). Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5449857>
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Monografía en Internet]. España: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 26 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf
17. Urbina Laza, O. La Enfermería Pediátrica en los cuidados para la salud infantil. Rev Cubana Enfermer [Revista en Internet]. 2012 [citado 3 de febrero de 2018]. 28 (2): 84-84. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200001
18. Ministerio de Sanidad y política social. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. BOE [Monografía en Internet]. 2010 [citado 5 de febrero de 2018]. 157. 57251-57276. Recuperado a partir de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10365
19. Vasconcelos-Moura, MA., Fernandes Silva, G., Santos, C., Mendes de Araújo-Silva, V. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. Aquichan [Revista en Internet]. 201. [citado 28 de enero de 2018]. 14(2): 196-206. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a07.pdf>
20. Consejo de la Confederación Internacional de Matronas. Definición de la matrona. [Monografía en Internet]. 2005 [citado 28 de enero de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/409_es_Definicion-Matrona-ICM-2005.pdf
21. Hernández AM, Vásquez ML. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. Rev Univ. Salud [Revista

- en Internet]. 2015 [citado 29 de enero de 2018]; 17(1):80-96. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a08.pdf>
22. Trillo-Figueroa Negre, M. Cannabis y consumo materno: impacto sobre el lactante. Publicaciones didácticas. [Revista en Internet]. 2017 [citado 28 de enero de 2018]. 84. Recuperado a partir de: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/084008/articulo-pdf>
 23. Observatorio europeo de las drogas y toxicomanías. Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades [Monografía en Internet]. 2017 [consultado el 5 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>
 24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. EDADES 2015-2016. [Monografía en Internet]. España: Observatorio español de la droga y las toxicomanías. 2016 [citado 5 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf
 25. Molina Fernández, AJ., González Riera, J., Montero Bancalero, FJ., Gómez-Salgado, J. La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. Enferm Clin [Revista en Internet]. 2016 [citado 14 de febrero de 2018]. 26 (1). 68-75. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-complejidad-coordinacion-social-sanitaria-S1130862115001497>
 26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. [Monografía en Internet]. España: Instituto de adicciones de la Comunidad de Madrid. 2015. [citado 3 de marzo de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>
 27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024. [Monografía en Internet]. España: Plan Nacional sobre drogas. 2018. [citado 3 de marzo de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
 28. Fernández Martínez, AI., Liria Haro, C., López Trinidad, LM. El consumo de tabaco durante el embarazo. Paraninfo digital [Revista en Internet]. 2017. [citado 1

- de marzo de 2018]. 27. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/273.pdf>
29. Agencia Estatal de medicamentos y productos sanitarios. Ficha técnica Elontril. [Sitio Web]. 2017 [citado 10 de mayo de 2018]. Recuperado a partir de: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/68616/FT_68616.pdf
30. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane Database. [Revista en Internet]. 2012 [citado 28 de febrero de 2018]. 1. Recuperado a partir de: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004456.pub3/full>
31. Cuesta Miguel, MJ., Bela Espinosa Briones, A., Val Saurí, C. Síndrome de abstinencia neonatal. Enfermería Integral [Revista en Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2018]. 103. Recuperado a partir de: <http://www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf>
32. Kocherlakota, P. Neonatal Abstinence Syndrome. Pediatrics [Revista en Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2018]. 134 (2). 547-561. Recuperado a partir de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/2/e547.long>
33. Fernández Carrión, F., Síndrome de abstinencia en UCIP. [Monografía en Internet]. España: SECIP. 2013 [citado 13 de marzo de 2018].
34. Kraft WK, Stover MW, Davis JM. Neonatal abstinence syndrome: pharmacologic strategies for the mother and infant. Seminars in perinatology. [Revista en Internet] 2016 [citado 9 de marzo de 2018]. 40(3). 203-212. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808371/>
35. Klamman SL, Isaacs K, Leopold A, et al. Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. Journal of Addiction Medicine [Revista en Internet]. 2017 [citado 9 de marzo de 2018]. 11(3). 178-190. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5457836/>
36. MacMullen N, Dulsk L, Blobaum P. Evidence-Based Interventions For Neonatal Abstinence Syndrome. Pediatric Nursing [Revista en Internet]. 2014 [citado 17 de marzo de 2018]. 40(4): 165-203. Recuperado a partir de: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=101121081&S=R&D=aph&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7A4yOvsOLCmr1CeprVSSam4TbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGssUy2qLRQuePfgeyx44Dt6fIA>

37. Knopof, A. Best – and least costly – treatment for NAS is mother-infant bond. Alcoholism and drug abuse [Revista en Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2018]. 29 (23), 4-6. Recuperado a partir de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/adaw.30979>
38. Nelson, Monica M. NICU Culture of Care for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome: A Focused Ethnography. [Revista en Internet]. Electronic Theses and Dissertations. 2014 [citado 17 de marzo de 2018]. Recuperado a partir de: <https://dc.etsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3832&context=etd>
39. Pritham, UA. Breastfeeding promotion for management of neonatal abstinence syndrome. [Revista en Internet]. JOGNN. 2013 [citado 21 de marzo de 2018]. 42. 517-526. Recuperado a partir de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1552-6909.12242>
40. Balain, M., Johnson, K. Neonatal abstinence syndrome: the role of breastfeeding. [Revista en Internet]. 2014 [citado 21 de marzo de 2018]. 10 (1). Recuperado a partir de: <https://pdfs.semanticscholar.org/f423/f3cf9ab75f1f3b5f285699a7fcb930643a2c.pdf>
41. Chan GJ, Valsangkar B, Kajeepeta S, Boundy EO, Wall S. What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature [Revista en Internet]. Journal of Global Health. 2016 [citado 1 de abril de 2018]. 6 (1). Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4871067/>
42. Knopf A. Baby's mother is the best treatment for neonatal abstinence syndrome. Alcoholism & Drug Abuse Weekly [Revista en Internet]. 2016 [citado 7 de marzo de 2018]. 28(15). 1-4. Recuperado a partir de: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=114513086&S=R&D=aph&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7A4yOvsOLCmr1CeprVSsa64SLOWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGssUy2qLRQuePfgeyx44Dt6fIA>
43. Volpe Holmes, A., Atwood, EC., Whalen, B., Beliveau, J. DeanJarvis, K., Matulis JC, Ralston, L. Rooming-In to Treat Neonatal Abstinence Syndrome: Improved Family-Centered Care at Lower Cost. [Revista en Internet]. Pediatrics. 2016 [citado 1 de abril de 2018]. 137 (6). Recuperado a partir de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/137/6/e20152929.long>
44. Johnson B. Neonatal Abstinence Syndrome. Pediatric Nursing [Revista en Internet]. 2017 [citado 1 de abril de 2018]. 43(4): 206-207. Recuperado a partir de: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=124650126&S=>

R&D=eue&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7A4yOvsOLCmr1CeprVSsa%2B4TL
WWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGssUy2qLRQuePfgeyx44Dt6fIA

45. Raith W, Schmölzer GM, Resch B, Reiterer F, Avian A, Koestenberger M, et al. Laser acupuncture for neonatal abstinence syndrome: a randomized controlled trial. [Revista en Internet]. Pediatrics. 2015 [citado 26 de marzo de 2018]. 136. 876-84. Recuperado a partir de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/5/876.long>
46. Hahn, J., Lengerich, A., Byrd, R., Stoltz, R., Hench, J. et al. Neonatal abstinence syndrome: the experience of infant massage. [Revista en Internet] Creative Nursing. 2016 [citado 26 de marzo de 2018]. 22 (1). 45-50. Recuperado a partir de: <https://search.proquest.com/docview/1764384170/fulltextPDF/C09256D106CC4959PQ/1?accountid=14478>
47. Allen KA. Music Therapy in the NICU: Is there Evidence to support Integration for Procedural Support? Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses. [Revista en Internet] 2013 [citado 26 de marzo de 2018]. 13(5). Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3826794/>
48. Hollins Martin, CJ. A narrative literature review of the therapeutic effects of music upon childbearing women and neonates. [Revista en Internet]. Complementary therapies in clinical practice. 2014 [citado 27 de marzo de 2018]. 20 (4). 262-267. Recuperado a partir de: https://ac.els-cdn.com/S1744388114000516/1-s2.0-S1744388114000516-main.pdf?_tid=d5589ca1-944d-4165-bd3b-9386f5ca660e&acdnat=1524311586_fac0509a777e3ebc1e89d83238f77653
49. Gil Beneytez, E. Musicoterapia como tratamiento coadyuvante del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos. Congreso internacional virtual de enfermería y fisioterapia ciudad de Granada. 2013 [citado 22 de abril de 2018]. Recuperado a partir de: http://congresoenfermeria.es/libros/2013/salas/sala6/c_950.pdf
50. Radziewicz RM, Wright-Esber S, Zupancic J, Gargiulo D, Woodall P. Safety of Reiki Therapy for Newborns at Risk for Neonatal Abstinence Syndrome. Holistic Nursing Practice. [Revista en Internet]. 2018 [citado 27 de marzo de 2018]. 32(2). 63-70. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5815638/>

ANEXOS Y TABLAS

Alteraciones en el Sistema Nervioso Central	
• Llanto excesivamente agudo	2
• Llanto agudo continuo	3
• Duerme < 1 hora después de toma	3
• Duerme < 2 horas después de toma	2
• Duerme < 3 horas después de toma	1
• Temblores leves a la estimulación	1
• Temblores moderados a la estimulación	2
• Temblores leves espontáneos	3
• Temblores moderados espontáneos	4
• Hipertonía muscular	2
• Excoriación. (especificar lugar)	1
• Sacudidas mioclónicas	3
• Convulsiones generalizadas	5
Alteraciones metabólicas vasomotoras respiratorias	
• Fiebre de <38,4	1
• Fiebre de >38,4	2
• Bostezos (3-4 veces/intervalo)	1
• Falta de ventilación nasal	1
• Estornudos (> 3-4 veces/intervalo)	1
• Aleteo nasal	2
• Frecuencia respiratoria > 60/min	1
• Frecuencia respiratoria > 60/min con tiraje	2
Alteraciones gastrointestinales	
• Succión excesiva	1
• Mala alimentación	2
• Regurgitación	2
• Vómitos en proyectil	3
• Deposiciones desligadas	2
• Deposiciones acuosas	3

ANEXO 1: Escala de valoración de Finnegan

Fuente: *Enfermería Integral (Síndrome de abstinencia neonatal, por Cuesta Miguel, MJ., Bela Espinosa Briones, A., Val Saurí, C.)* ³¹

ANEXO 2: Escala WAT-1 (Withdrawal Assessment Tool-1):

Fuente: *SECIP (Síndrome de abstinencia en UCIP, por Fernández Carrión, F.)* ³³

Signos o síntomas	Puntuación 0 no, 1 sí
<u>Información 12 horas previas:</u>	
1. diarrea (0,1)	
2. vómitos (0,1)	
3. Tª > 37,8°C (0,1)	
<u>Observación 2 minutos antes de estimulación:</u>	
4. tranquilo 0, irritable 1	
5. temblores (0,1)	
6. sudoración (0,1)	
7. movimientos anormales o repetitivos (0,1)	
8. bostezos o estornudos (0,1)	
<u>Estimulación 1 minuto (llamada por su nombre, tocar de modo suave, estímulo doloroso si no responde a las previas):</u>	
9. sobresalto al tocar (0,1)	
10. aumento tono muscular (0,1)	
<u>Recuperación tras estímulo:</u>	
11. tiempo hasta que se calma	
< 2 min	0
2-5 min	1
> 5 min	2

ANEXO 3: Escala SOS (*Sophia Observation withdrawal Symptoms scale*:

- | |
|---|
| 1. Taquicardia (>15% FC basal) |
| 2. Taquipnea (> 15% FR basal) |
| 3. Fiebre > 38'4°C |
| 4. Sudoración |
| 5. Agitación, si muestra irritabilidad, inquietud o nerviosismo |
| 6. Ansiedad, si muestra ojos abiertos, cejas tensas y elevadas, expresión desde alerta hasta pánico |
| 7. Temblores, espontáneos o a estímulos ambientales |
| 8. Movimientos anormales de antebrazos o piernas, espontáneos o ante estímulos, desde sacudidas finas hasta coreoatetosis |
| 9. Hipertonía muscular, puños y pies apretados |
| 10. Llanto inconsolable |
| 11. Muecas o gestos de malestar, cejas contraídas |
| 12. Insomnio (sueño < 1 hora) |
| 13. Alucinaciones |
| 14. Vómitos |
| 15. Diarrea |

Fuente: SECIP (Síndrome de abstinencia en UCIP, por Fernández Carrión, F.)³³

ANEXO 4: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN PUBMED

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS POR EL TÍTULO	ARTÍCULOS ELEGIDOS POR EL ABSTRACT	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
("Neonatal abstinence syndrome"[Mesh]) AND "Prevention and control"[Mesh]	18	7	2	0
((("Pregnant Women"[Mesh]) AND "Drug Utilization"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading]	2	0	0	0
"Neonatal Abstinence Syndrome/diagnosis"[Mesh]	60	22	20	1
("Symptom Assessment"[Mesh]) AND "Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]	1	1	1	0
("Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]) AND "Weights and Measures"[Mesh]	4	1	1	0
"Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh] AND Finnegan scoring	12	10	10	1
("Drug Therapy"[Mesh]) AND "Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]	84	43	27	1
("Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]	16	10	8	0

("Rooming-in Care"[Mesh]) AND "Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]	6	5	5	1
("Kangaroo-Mother Care Method"[Mesh]) AND "Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]	1	1	1	0
"Kangaroo-Mother Care Method"[Mesh] AND "Infant, Newborn"[Mesh]	175	18	15	2
("acupuncture"[MeSH Terms] AND ("neonatal abstinence syndrome"[MeSH Terms])	5	4	3	1
("therapeutic touch"[MeSH Terms] AND ("neonatal abstinence syndrome"[MeSH Terms])	2	2	2	1
("music therapy"[MeSH Terms] AND ("infant, newborn"[MeSH Terms])	32	9	8	2

Fuente: elaboración propia

ANEXO 5: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN CUIDEN

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS POR EL TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR EL ABSTRACT	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
("drogas")AND("embarazo")AND("enfermería")	179	13	9	1
("embarazo")AND(("hábitos tóxicos")AND("prevención"))	0	0	0	0
Síndrome de abstinencia neonatal	5	1	1	1
("prevención")AND(("drogas")AND("embarazo"))	4	0	0	0
("Diagnóstico") AND ("síndrome de abstinencia neonatal")	0	0	0	0
("identificación")AND("síndrome de abstinencia neonatal")	0	0	0	0
("síndrome")AND(("abstinencia")AND(("neonatal")AND("intervención")))	0	0	0	0
("Rooming-in Care"[Mesh]) AND "Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]	3	2	2	0

Fuente: elaboración propia

ANEXO 6: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN CINHAL

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS POR EL TÍTULO	ARTÍCULOS ELEGIDOS POR EL ABSTRACT	ARTÍCULOS SELECCIONADO S
Preventive health care AND pregnant woman AND drugs	5	0	0	0
(MH "Clinical Assessment Tools") AND (MH "Neonatal Abstinence Syndrome")	16	9	8	0
(MH "Clinical Assessment Tools") AND (MH "Neonatal Abstinence Syndrome")	6	2	2	0
(neonatal abstinence syndrome) AND (nursing care)	25	7	6	2
(neonatal abstinence syndrome) AND (nursing role)	3	2	2	1
(neonatal abstinence syndrome) AND (intervention)	47	22	13	2

Massage AND neonatal abstinence syndrome	2	2	2	1
Breastfeeding AND neonatal abstinence syndrome	23	12	5	2
(MH "Attachment Behavior") AND (MH "Neonatal Abstinence Syndrome")	3	1	1	0

Fuente: elaboración propia

ANEXO 7: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN COCHRANE

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR EL TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR EL ABSTRACT	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Prevention AND drugs AND pregnancy	32	1	0	0
neonatal abstinence syndrome AND substance abuse detection	0	0	0	0
neonatal abstinence syndrome AND nursing AND intervention	20	10	4	1

Fuente: elaboración propia

ANEXO 8: ARTÍCULOS SELECCIONADOS

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTOR/ES	ORIGEN Y FECHA	DISEÑO DEL ESTUDIO	APORTACIONES
La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera	Molina Fernández, AJ., González Riera, J., Montero Bancalero, FJ., Gómez-Salgado, J.	España 2016	Estudio cualitativo descriptivo	Niveles de atención y prevención a las drogodependencias en España, recursos existentes y el papel de los profesionales enfermeros frente a este problema. ²⁵
El consumo de tabaco durante el embarazo	Fernández Martínez, AI., Liria Haro, C., López Trinidad, LM.	España 2017	Estudio cualitativo descriptivo	Intervenciones específicas realizado por profesionales enfermeros para el cese del consumo de tabaco durante el embarazo ²⁸
Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem.	Turnbull C, Osborn DA.	Reino Unido 2012	Revisión sistemática	El seguimiento de las mujeres que consumen drogas durante el embarazo y los beneficios de las visitas regulares a sus hogares. ³⁰
Síndrome de abstinencia neonatal	Cuesta Miguel, MJ., Bela Espinosa Briones, A., Val Saurí, C.	España 2013	Artículo en revista científica	Los cuidados e intervenciones llevados a cabo por los profesionales enfermeros para los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal, así como el tratamiento farmacológico más utilizado y los métodos de valoración. ³¹
Neonatal Abstinence Syndrome	Kocherlakota, P	EEUU	Revisión sistemática	Formas de detección e identificación del síndrome de abstinencia neonatal y cuidados de enfermería realizados con

		2014		los bebés. ³²
Neonatal abstinence syndrome: pharmacologic strategies for the mother and infant.	Kraft WK, Stover MW, Davis JM.	EEUU 2016	Revisión sistemática	Escalas de valoración utilizadas para el síndrome de abstinencia neonatal y la variabilidad tratamiento farmacológico utilizado . ³⁴
Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance	Klaman SL, Isaacs K, Leopold A, et al.	EEUU 2017	Revisión sistemática	Tratamiento farmacológico pautado para los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal. ³⁵
Evidence-Based Interventions For Neonatal Abstinence Syndrome.	MacMullen N, Dulsk L, Blobaum P.	EEUU 2014	Revisión sistemática	Cuidados e intervenciones enfermeras para el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal a través de la nutrición, el piel con piel o del descanso, entre otros. ³⁶
NICU Culture of Care for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome: A Focused Ethnography	Nelson, M.	EEUU 2014	Estudio etnográfico	Cuidados e intervenciones enfermeras para el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal ³⁷
Breastfeeding promotion for management of neonatal abstinence syndrome.	Pritham, UA.	EEUU 2013	Revisión sistemática	Importancia y beneficios de la lactancia materna en el síndrome de abstinencia neonatal y papel de los enfermeros/as para promoverla. ³⁸
Neonatal abstinence syndrome: the role of	Balain, M., Johnson, K	Reino Unido	Revisión sistemática	Factores condicionantes para la práctica de la lactancia materna en madres de hijos/as con síndrome de abstinencia

breastfeeding		2014		neonatal, y sus limitaciones. ³⁹
Best – and least costly – treatment for NAS is mother-infant bond.	Knopof, A	EEUU 2017	Estudio cualitativo descriptivo	Cuidados e intervenciones enfermeras para el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal e importancia del mantenimiento del vínculo madre-hijo/a. ⁴⁰
What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature.	Chan GJ, Valsangkar B, Kajeepeta S, Boundy EO, Wall S.	Reino Unido 2016	Revisión sistemática	Beneficios del “Piel con piel” para los recién nacidos hospitalizados y sus madre. ⁴¹
Baby's mother is the best treatment for neonatal abstinence syndrome	Knopf A.	EEUU 2016	Estudio cualitativo descriptivo	Beneficios del “Piel con piel” para los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal y sus madres ⁴²
Rooming-In to Treat Neonatal Abstinence Syndrome: Improved Family-Centered Care at Lower Cost	Volpe Holmes, A., Atwood, EC., Whalen, B., Beliveau, J. DeanJarvis, K., Matulis JC, Ralston, L.	EEUU 2016	Estudio cualitativo descriptivo	Importancia y beneficios de la permanencia de la madre con su hijo/a durante el mayor tiempo posible. ⁴³
Neonatal Abstinence Syndrome.	Johnson B.	EEUU 2017	Estudio cualitativo descriptivo	Papel de la enfermería en el mantenimiento del vínculo entre el niño y su madre cuando padece un síndrome de abstinencia neonatal. ⁴⁴
Laser acupuncture for neonatal abstinence syndrome: a randomized controlled trial.	Raith W, Schmölzer GM, Resch B, Reiterer F, Avian A, Koestenberger M, <i>et al</i>	EEUU 2015	Ensayo controlado aleatorizado	La aplicación de la acupuntura en el síndrome de abstinencia neonatal. ⁴⁵
Neonatal abstinence syndrome: the experience	Hahn, J., Lengerich, A., Byrd, R., Stoltz, R.,	EEUU	Estudio cualitativo descriptivo	La aplicación y beneficios del masaje en el síndrome de abstinencia neonatal. ⁴⁶

of infant massage.	Hench, J. et al.	2016		
Music Therapy in the NICU: Is there Evidence to support Integration for Procedural Support?	Allen, KA.	EEUU 2013	Revisión bibliográfica	La aplicación de la musicoterapia con los recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos. ⁴⁷
A narrative literature review of the therapeutic effects of music upon childbearing women and neonates.	Hollins Martin, CJ.	EEUU 2014	Revisión sistemática	La aplicación de la musicoterapia con los recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos. ⁴⁸
Safety of Reiki Therapy for Newborns at Risk for Neonatal Abstinence Syndrome	Radziewicz RM, Wright-Esber S, Zupancic J, Gargiulo D, Woodall P	EEUU 2018	Estudio piloto	La aplicación de la técnica “Reiki” con los recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos, así como su seguridad y viabilidad. ⁵⁰

Fuente: elaboración propia

